

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ADH PARA LA INMUNIZACIÓN CONTRA COVID-19

Solo Para Uso de Proveedores COVID-19 Nombre de la Clínica/Código: _____

Tipo de establecimiento: (clínica, departamento de salud, farmacia etc..) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha del Servicio: _____

Persona que recibe la vacuna:

Primer Nombre (legal): _____ **Apellido:** _____

Fecha de Nacimiento: / /

1. ANTECEDENTES MÉDICOS: Complete las siguientes preguntas para la persona que recibe la vacuna.
Si responde "SÍ", es posible que no pueda recibir la vacuna contra COVID-19.

Personal del ADH: * Si responde SI y necesita información adicional, notifique a su Enfermera Especialista en Enfermedades Contagiosas Local (CDNS por sus siglas en inglés) o al Departamento de Salud de Arkansas, Sección de Inmunizaciones @ 501-537-8969 Refiérase a la Lista de Chequeo Pre-Vacunación para información sobre vacunas COVID-19 para aclarar preguntas: https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/downloads/pre-vaccination-screening-form-sp.pdf	*SI	NO
¿Se ha puesto la vacuna contra COVID-19 antes? Si responde si, ¿qué tipo y en qué fecha?		
¿Ha tenido fiebre hoy? ¿Está enfermo? ¿Tiene usted COVID-19 y está en aislamiento? ¿Está en cuarentena por una exposición a COVID-19?		
¿Ha tenido alguna vez una reacción alérgica a alguna vacuna contra COVID-19, o a un componente de la vacuna contra COVID-19 (incluyendo polietilenglicol [PEG] que se encuentra en algunos medicamentos, o laxativos y preparaciones para colonoscopias, o polisorbato, el cual se encuentra en algunas vacunas y cubiertas de pastillas, o esteroides intravenosos)?		
¿Ha tenido alguna reacción alérgica que cause urticaria, hinchazón, dificultad para respirar (incluyendo sibilancias) o anafilaxia a una vacuna que no sea COVID-19 o un medicamento inyectable que requirió tratamiento con epinefrina (EpiPen) o tratamiento en un hospital? Las reacciones severas o anafilácticas a alimentos, mascotas, venenos, alergias ambientales o a medicamentos orales no son contraindicaciones o de precaución para la vacunación contra COVID-19.		
¿Tiene alteraciones del sangrado o está tomando medicamentos anticoagulantes para adelgazar la sangre?		
¿Ha recibido trasplante de células hematopoyéticas o terapia con células CAR-T desde que recibió la vacuna contra COVID-19? Usted debiera ser revacunado con una serie primaria de vacunas al menos 12 semanas después del trasplante o la terapia con células CAR-T.		
¿Desarrolló miocarditis o pericarditis después de la primera dosis de la vacuna contra COVID-19? ¿Tiene antecedentes de miocarditis o pericarditis anteriores a la vacunación contra COVID-19? ¿Es usted un hombre entre las edades de 12 – 29 años?		
¿Está usted embarazada, o planea embarazarse? Las mujeres embarazadas, amantando, y en postparto de 18 a 49 años deben estar conscientes del riesgo raro de trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS por sus siglas en inglés) que puede presentarse después de la aplicación de la vacuna Janssen contra COVID-19, y la disponibilidad de otras vacunas contra COVID-19 autorizadas o aprobadas por la FDA.		
¿Está usted inmunocomprometido(a)? ¿Tiene alguna condición que debilite su sistema inmunológico? ¿Está recibiendo alguna terapia inmunosupresora? Usted puede recibir cualquier vacuna contra COVID-19 autorizada o aprobada por la FDA a menos tenga alguna contraindicación por otra razón. Sin embargo, necesita consejería especial sobre la vacuna.		
¿Ha tenido historia de trombocitopenia inducida por heparina (HIT por sus siglas en inglés) o trombosis con síndrome de trombocitopenia (TTS)? Si han pasado 90 días o menos desde que TTS se resolvió, puede recibir la vacuna contra COVID-19 Pfizer-BioNTech o Moderna. Después de 90 días que TTS se resolvió, puede vacunarse con cualquiera de las vacunas contra COVID-19 autorizadas o aprobadas por la FDA. Las personas que desarrollan TTS después de la vacuna inicial de Janssen no deben recibir la vacuna de refuerzo de Janssen.		
¿Ha recibido anticuerpos monoclonales o plasma de convalecencia como parte del tratamiento de COVID-19 o como profilaxis después de una exposición (PEP por sus siglas en inglés)? Posponga la vacunación 90 días después del tratamiento y posponga 30 días después de PEP.		
¿Ha tenido Síndrome Inflamatorio Multisistémico (MIS por sus siglas en inglés)? Posponga la vacunación al menos 90 días. La decisión sobre la vacuna contra COVID-19 debe ser entre el paciente, tutor, equipo clínico, o especialista.		
¿Tiene antecedentes de Síndrome de Guillain Barre (GBS por sus siglas en inglés)? Las personas con antecedentes de GBS pueden recibir cualquier vacuna contra COVID-19 autorizada o aprobada por la FDA. Quienes tuvieron GBS después de recibir la vacuna Janssen se les deben saber las opciones de refuerzo con la vacuna Pfizer-BioNTech o Moderna para aplicar al menos 8 semanas después de la dosis de Janssen.		

NOTA: Quienes reciben la vacuna Janssen COVID-19 deben buscar atención médica inmediata si desarrollan dificultad para respirar, dolor de pecho, dolor o hinchazón de piernas, dolor abdominal persistente, síntomas neurológicos (incluyendo dolores de cabeza severo o persistente o visión borrosa), náusea, vomito, petequias, o fácil sangrado en algún lugar fuera del sitio de vacunación en los 4 a 30 días de haber recibido la vacuna Janssen.

NOTA: Es posible que debe recibir una segunda dosis de vacuna contra COVID-19 a los 21 o 28 días después de la dosis inicial. Revise su tarjeta de registro de vacunación COVID-19 para comprobar la fecha de vacunación inicial y la fecha de aplicación de la segunda dosis. Contacte al proveedor de la vacuna, PCP o a su Unidad Local de Salud del ADH en 21 o 28 días para más información. La vacuna Janssen contra COVID-19 es de dosis ÚNICA.

2. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Por favor, lea el reverso de este formulario.
 La Notificación de Privacidad del Proveedor se encuentra disponible en la clínica o acompaña este formulario.
 Luego firme en el cuadro a la derecha

Firme aquí



Mi firma abajo indica que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la sección 2. **Autorización y Consentimiento** del Formulario de Consentimiento de Inmunización Contra COVID-19 y la Hoja informativa de Autorización de Uso de Emergencia para el Receptor de la Vacuna (EUA).

Firma del Paciente/Padre/Tutor

_____ Fecha _____

